

Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні / С. М. Ніколаєнко // БізнесІнформ. – 2013. – № 1. – С. 281–287.

УДК 368.9.06

## **ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Ніколаєнко С.М.

**Вступ.** Модель ринкової економіки вимагає розвитку всіх її елементів, у тому числі й добровільного медичного страхування (ДМС), як невід’ємної складової системи страхування. Розвиток ДМС в Україні в даний час зумовлений рядом причин, де основними є зменшення державного фінансування галузі охорони здоров’я, показники демографічного розвитку країни та рівня захворюваності населення. Проблемам медичного страхування присвячено багато праць таких вітчизняних вчених як Рудень В.В., Базилевич В.Д., Базилевич К.С., Мних М.В., Павлов В.І., Кучеренко В.З., Горбач Л.М., Безугла В.О., Постіл І.І. та інші. Проте, мало уваги приділяється аналізу статистичних даних ринку медичного страхування.

Метою роботи є проведення детального аналізу сучасного стану ринку медичного страхування та основних тенденцій його розвитку. Також автором проведено SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування страхових компаній, що діють на ринку медичного страхування, виявлено найбільш реальні можливості та загрози.

**Основна частина.** Для функціонування ДМС в нашій країні вже існує достатньо передумов, серед яких можна виділити такі основні, як щорічне зростання рівня доходів населення; процеси трансформації економіки, що обумовлюють зростання вартості медичної допомоги, зв’язок між попитом на якісні медичні послуги та їх пропозицією і, відповідно, функціонування приватних медичних закладів. Останні роки відзначились прискоренням темпів

розвитку страхового ринку взагалі, і ринку страхових медичних послуг зокрема.

Розвиток ринку добровільного медичного страхування і його частку на ринку страхових послуг України можна визначити на основі табл. 1.

Таблиця 1

Частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України\*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2007	2008	2009	2010	2011
1. Валові страхові премії всього, в т.ч.	млн. грн.	18008,2	24008,6	20442,1	23081,7	22693,5
- добровільне медичне страхування	млн. грн.	690,5	932,6	1074,5	1252,1	1656,5
- частка добровільного медичного страхування	%	3,8	3,9	5,3	5,4	7,3
2. Страхові виплати всього, в т. ч.:	млн. грн.	4213,0	7050,7	6737,2	6104,6	4864,0
- добровільне медичне страхування	млн. грн.	393,8	540,8	665,8	754,8	889,7
- частка добровільного медичного страхування	%	9,3	7,7	9,9	12,4	18,4
3. Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя)	млн. грн.	15764,8	20879,3	17295,2	19402,7	18046,7
- частка добровільного медичного страхування	%	4,4	4,5	6,2	6,5	9,2
4. Страхові виплати з добровільних видів страхування (крім життя)	млн. грн.	3876,0	6464,2	6005,0	5185,0	3708,1
- частка добровільного медичного страхування	%	10,2	8,4	11,1	14,6	24,0

\* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [10]

Отже, частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України неухильно зростає і склала у 2011 р. 7,3% у валових страхових преміях за всіма видами страхування та 9,2% у валових страхових преміях з добровільних видів страхування (крім життя). У 2000 р. частка ДМС складала 3% загального ринку страхування.

Так як добровільне медичне страхування здійснюється згідно Закону України «Про страхування» [2] у вигляді «медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)», «страхування здоров'я на випадок хвороби» та «страхування медичних витрат», доцільно розглянути динаміку за кожного з видів.

Таблиця 2

Показники ринку добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) в Україні\*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2000	2005	2008	2010	2011
1. Валові надходження страхових платежів	млн. грн.	36,2	252,3	655,3	878,1	1165,4
- в т. ч. від страхувальників-громадян**	млн. грн.	17,9	в/д	212,9	343,0	471,8
2. Виплати страхових сум	млн. грн.	20,4	168,7	463,1	632,9	752,4
- в т. ч. страхувальникам-громадянам**	млн. грн.	в/д	в/д	185,4	215,6	277,5
3. Рівень виплат	%	56,4	66,9	70,7	72,1	64,5
4. Кількість договорів страхування	тис. од.	792,9	1602,6	992,2	1023,2	в/д

\* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [10]

\*\* – резиденти країни

Як бачимо, ринок досить швидко розвивається і у 2011 р. зібрано страхових платежів на 287,3 млн. грн. або на 32,7% більше ніж у 2010 р. та у 32,2 рази більше ніж у 2000 р. На страхові премії у 2011р. у порівнянні з 2000 р. суттєво вплинуло подорожчання медичних препаратів за рахунок зміни курсу валюти. Проте, в той же час, як позитивний момент, спостерігаємо збільшення кількості договорів страхування на 31 тис. у 2011 р. у порівнянні з 2010 р. та на 230,3 тис. у порівнянні з 2000 р. Частка страхувальників-громадян складає в середньому 40% валових премій, що надійшли.

Негативною тенденцією для страхових компаній є збільшення страхових випадків у 2010 р. порівняно з попередніми роками, що призвело до значного збільшення страхових виплат. Так, у 2011 р. було здійснено страхові виплати у

розмірі 752,4 млн. грн., що на 119,5 млн. грн. більше ніж у 2010 р. Проте, рівень виплат залишається стабільним і коливається в межах 65-72%.

Добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби розвивається не так динамічно як безперервне страхування здоров'я, про що свідчать дані табл. 3.

Так, страхові премії зросли у 2011 р. на 42,7 млн. грн. або на 29,6 % у порівнянні з 2010 р.; страхові виплати за цей період знизились на 3,6 млн. грн. або на 9,5%. Кількість договорів страхування зменшилась у 2010 р. у порівнянні з 2008 р., що обумовлено переходом страхувальників на безперервне страхування здоров'я та страхування медичних витрат.

Таблиця 3

## Показники здійснення добровільного страхування на випадок хвороби\*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2001	2005	2008	2010	2011
1. Валові надходження страхових платежів	млн. грн.	70,3	84,0	168,7	144,2	186,9
- в т. ч. від страхувальників-громадян**	млн. грн.	18,7	в/д	142,1	112,0	в/д
2. Виплати страхових сум	млн. грн.	56,1	36,0	32,8	38,0	34,4
- в т. ч. страхувальникам-громадянам**	млн. грн.	в/д	в/д	21,9	28,1	в/д
3. Рівень виплат	%	79,3	42,9	19,5	26,4	18,4
4. Кількість договорів страхування	тис. од.	в/д	597,5	721,7	542,9	в/д

\* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [10]

\*\* – резиденти країни

Частка коштів страхувальників-громадян у страхуванні на випадок хвороби складає близько 80% загальних надходжень, що свідчить про незацікавленість корпоративного сектору даним видом страхування. Спостерігається низький рівень виплат – близько 20%.

Свого розвитку зазнало і страхування медичних витрат. Непопулярне на початку двохтисячного року, воно стрімко розвивається у наш час (див. табл. 4).

Таблиця 4

## Показники здійснення добровільного страхування медичних витрат\*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2003	2005	2008	2010	2011

1. Валові надходження страхових платежів	млн. грн.	14,0	29,8	148,6	229,8	304,2
- в т. ч. від страхувальників-громадян**	млн. грн.	в/д	в/д	95,4	156,7	в/д
2. Виплати страхових сум	млн. грн.	6,7	16,1	44,9	83,8	102,9
- в т. ч. страхувальникам-громадянам**	млн. грн.	в/д	в/д	36,5	66,0	в/д
3. Рівень виплат	%	47,5	54,0	30,2	36,5	33,8
4. Кількість договорів страхування	тис. од.	92,8	149,3	1413,0	1462,4	в/д

\* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [10]

\*\* – резиденти країни

Аналізуючи показники ринку страхування медичних витрат, зазначимо, що страхові премії постійно зростають і у 2011 р. склали 304,2 млн. грн., що на 74,4 млн. грн. або 32,4% більше ніж у 2010 р. та у 21,7 рази більше ніж у 2003 р. Спостерігається постійне збільшення договорів страхування (на 48,4 тис. у 2010 р. у порівнянні з 2008 р.). Виплати страхових сум хоча і збільшились в абсолютному значенні, проте рівень виплат зменшився і складає близько 34% у 2011 р., що є позитивним моментом в діяльності страхових компаній. Даному розвитку, певною мірою, допоміг досвід роботи лікарняних кас, який довів доцільність страхування медичних витрат [4].

Обов'язкове медичне страхування в Україні здійснюється як «медичне страхування громадян, які тимчасово перебувають на території України». Зазначений страховий поліс може бути придбаний (виданий) під час оформлення в'їзних документів або перетинання державного кордону України. Даний вид страхування не залежить від активності страхових компаній, а більше від діяльності туристичних компаній, державних органів, які мають популяризувати Україну у зовнішній діяльності, тощо.

Таблиця 5

Показники обов'язкового медичне страхування громадян, які тимчасово перебувають на території України\*

Показники	Одиниці виміру	Роки				
		2003	2007	2008	2009	2010
1. Валові надходження страхових	млн. грн.	11,4	17,1	16,8	13,9	13,3

платежів						
2. Виплати страхових сум	млн. грн.	0,8	1,8	1,7	2,0	1,8
3. Рівень виплат	%	6,8	10,7	10,3	14,3	13,2
4. Кількість договорів страхування	тис. од.	132,3	в/д	107,2	55,3	48,1

\* Джерело: розраховано за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [10]

З табл. 5 проглядається певна сталість в розвитку даного виду обов'язкового медичного страхування в розрізі основних показників діяльності.

На сьогоднішній день в Україні сформувалась певна структура ринку добровільного медичного страхування. Даний ринок можна подати, як багаторівневу систему із складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями. В структуру вітчизняного ринку ДМС входять державні органи нагляду за страховою діяльністю (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг)), недержавні страхові об'єднання (Асоціація «Українське медичне страхове бюро», Ліга страхових організацій України), страхові компанії, страхові посередники (страхові або перестрахові брокери, страхові агенти), медичні заклади, служби асістанс та споживачі.

Система добровільного медичного страхування функціонує в Україні, починаючи з 1993 р. За існуючих в Україні тенденцій соціально-економічного розвитку добровільна форма медичного страхування набула все більшої актуальності. В наш час на страховому ринку даний вид страхування здійснюють більш як 100 страховиків [1]. Серед лідерів страхового ринку ДМС виступають такі компанії, як «Навтогазстрах», «Провідна», «Уніка», «Інго Україна», «Аска», «Альфа Страхування», «PZU Україна», «УПСК», «AXA Страхування», «ALLIANZ Україна» та ін [3].

Незважаючи на значні темпи приросту основних показників діяльності страховиків та страхових посередників, страховий ринок України має ряд об'єктивних причин свого недостатнього розвитку і невирішених проблем, а саме: недовіра населення до діяльності страхових компаній; економічна нестабільність в країні; низька якість та складні умови життя; нерозвиненість

інфраструктури страхового ринку; недосконале законодавство; низький рівень реальних доходів населення; низький рівень медичної допомоги і погані умови перебування пацієнтів у медичних закладах; обмежена кількість страхових організацій, що мають реальний досвід проведення медичного страхування; недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення.

Україні бракує ефективної системи охорони здоров'я. Крім того добровільне медичне страхування залишається слабо розвиненим. Протягом багатьох років точаться дискусії навколо питання запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як частини соціальних нарахувань на заробітну плату. Такий підхід знаходить підтримку як з боку Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Хоча їх концепції відрізняються одна від одної, обидві інституції підтримують намагання запровадити загальнообов'язкове медичне страхування протягом наступних двох-трьох років.

Основними моментами, що стримують впровадження обов'язкового державного медичного страхування є: відсутність відповідної нормативної бази, медичних стандартів та фінансових стимулів для лікарів або медичних працівників; недостатність навичок і вмінь, які мають на даний час працівники системи охорони здоров'я; відсутність договірної форми відносин між платником з одного боку та постачальником послуг. Це робить систему медичного обслуговування непрозорою та несправедливою [7].

Водночас існування добровільної системи медичного страхування не виключає обов'язкової, яка припускала б надання медичної допомоги не тільки малозабезпеченим верствам населення, але і громадянам із середнім рівнем доходу. У нашій країні вже не один рік ведуться дискусії із цього питання, проте конкретних кроків зроблено мало.

Бути застрахованим за програмами добровільного медичного страхування означає, що Ви зможе отримати: швидку та якісну організацію медичної допомоги гідного рівня та якості; можливість вибору медичної установи і лікаря; забезпечення необхідними, найефективнішими, медикаментами;

проведення профілактичної вакцинації, вітамінізації і профілактичних оглядів для себе і своєї сім'ї; цілодобову медичну допомогу в будь-якій точці України; допомогу в оформленні лікарняного листа, довідок для дитини тощо. Страхова компанія сплачує всі необхідні медичні витрати в межах обраної страхової програми, а наявність Диспетчерської служби дозволяє застрахованим отримувати кваліфіковані консультації лікарів, звертатись за невідкладною медичною допомогою в будь-який час, незалежно від місця перебування [1].

З огляду на те що страховий ринок України ще не дає лікувальним установам у достатній кількості заробляти кошти, вони не бачать великої зацікавленості в роботі зі страховими компаніями. Враховуючи те, що кошти надходять на розрахунковий рахунок лікарні, у наданні послуг застрахованим особам зацікавлене керівництво лікарні – головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями, співробітники бухгалтерії. У зарплату лікаря, середнього і молодшого медичного працівника навряд чи попадають кошти, які перераховує страхова компанія за лікування конкретного застрахованого пацієнта.

Трохи інша ситуація з приватними клініками, які вже починають орієнтуватися на страхові компанії. При цьому клініки погоджуються на зменшення тарифів на лікування, надають знижки та можливість контролю за лікуванням з боку страхових компаній, пропонують участь у різних програмах медичного страхування.

Страховики вже охопили медичним страхуванням практично всіх серйозних клієнтів – юридичних осіб. І хоча конкурентна боротьба за підприємства як і раніше залишається гострою, страхові компанії все частіше починають звертати увагу на громадян. Страховики прагнуть зацікавити вигідних клієнтів різними бонусами, включаючи, наприклад, додатково захист від нещасного випадку. Правда, паралельно компанії виключають з програм такі надмірності, як оплата відвідин клієнтами тренажерних залів, басейнів і т.д. Страховики прагнуть відійти від надання «нестрахових» послуг, які були дуже популярні на початковому етапі розвитку ринку.



Корпоративні клієнти воліють комплексний захист, в якій присутня комбінація програм – «Поліклініка», «Спеціалізована стоматологія», «Планова та екстрена стаціонарна допомога». Зазвичай програми ДМС поділяються на три рівні: для керівників вищої ланки, середньої ланки і рядових працівників. В залежності від рівня програми встановлюються ті чи інші обмеження на набір і кількість надаваних медичних послуг.

Найбільше число застрахованих за корпоративними програмами ДМС працює в сфері фінансів, в інвестиційних, юридичних компаніях, а також в сегменті телекомунікацій і ІТ. Більшою мірою страхуванням персоналу цікавляться компанії, що працюють в галузях з високою конкуренцією на ринку праці, де відчувається нестача кваліфікованого персоналу. Причому корпоративне ДМС має попит не тільки у великих компаній, а й у середнього і малого бізнесу.

Проте, ринок юридичних осіб страховикам вже стає тісний. Компанії зараз займаються скоріше не залученням нових, а переділом старих клієнтів, що користуються послугою не один рік. Тому страхові компанії поступово активізують просування роздрібних продажів «медицини». І хоча більшість з них як і раніше знаходить роботу з громадянами досить небезпечним і виплатним напрямом, значні об'єми потенційного ринку примушують страховиків йти на ризик. Спостерігається підвищення зацікавленості індивідуальних клієнтів - фізичних осіб в даному виді страхування. Причини – формування в Україні середнього класу із стабільним рівнем доходів, бажання мати гарантію отримання якісних медичних послуг у разі хвороби.

Цікаво, що вже незабаром багато страхових компаній можуть спробувати розширити клієнтську базу за рахунок реалізації більш дешевих і доступних програм. За словами учасників ринку, основний акцент, найімовірніше, буде зроблений на програми з обмеженим набором послуг і більш низькою вартістю, обслуговування по яких відбувається на базі лікувальних установ середньої та низької цінових категорій. Такі договори можуть стати цікавими підприємствам, які з тих чи інших причин змушені відмовитися від страхування

усього робочого колективу і бажають забезпечити дорогими програмами страхування лише керівництво. Також страховики намагаються утримувати клієнтів за рахунок використання схеми пайової участі співробітників в оплаті ДМС. Вона припускає, що компанія оплачує співробітникам лише найбільш дешеві і скорочені поліси медичного страхування. А вони, в свою чергу, мають можливість в індивідуальному порядку доплатити страховій компанії і збільшити як страхове покриття, так і кількість пропонованих страховим договором послуг, а також набір доступних за страховкою медичних установ.

Проте, поки добровільне медичне страхування досить дороге задоволення. Якщо раніше вартість полісів ДМС стартувала в середньому з 1 тис. грн. на рік, то тепер розкид цін становить від 2,5 тис. грн. до 8 тис. грн. на рік. Збільшення вартості програм медичного страхування страховики пояснюють у першу чергу подорожчанням медикаментів і послуг медичних установ, внаслідок чого медичне страхування стало ще більш збитковим.

Здійснений аналіз територіальної структури страхового ринку України свідчить, що він у цілому поділений на чотири великих регіони, а саме: центральний, східний, західний і південний. В даний час спостерігається значний дисбаланс розподілу страхових компаній по території України. Так, у Києві зосереджено більш половини всіх страхових компаній, п'ята частина припадає на Дніпропетровськ, Донецьк, Одесу, Запоріжжя, Харків. Тобто в цих містах розташовано більше 70 % усіх страхових компаній. Нерівномірність розподілу особливо помітна в регіонах [9].

На ринку ДМС зростає концентрація страхових платежів в руках найбільших страхових компаній. Якщо у 2010 році на частку десяти найбільших страховиків припадало 38,4% валових страхових платежів по ДМС, то у 2011 році цей показник зріс до 42,5% [11].

Для більш повного уявлення про діяльність страхових компаній у сфері медичного страхування, розробки шляхів розвитку галузі та прогнозування рівня розвитку на перспективу, нами було проведено SWOT-аналіз зовнішнього

і внутрішнього середовища їх функціонування, виявлено найбільш реальні можливості та загрози (табл. 6).

Практична доцільність здійснення SWOT-аналізу ринку страхових послуг медичного страхування полягає в тому, що він визначає шляхи покращення результативності діяльності страхових компаній.

Таблиця 6

## Матриця SWOT-аналізу ринку медичного страхування України

	Можливості	Загрози
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– введення обов’язкового медичного страхування;</li> <li>– розвиток страхового посередництва;</li> <li>– вдосконалення системи інвестування страхових резервів;</li> <li>– низький рівень фінансування охорони здоров’я;</li> <li>– формування середнього класу в Україні;</li> <li>– високий рівень освіти;</li> <li>– орієнтація на західний стиль життя;</li> <li>– медичне страхування стає елементом корпоративної культури підприємств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– політична та економічна нестабільність;</li> <li>– високий рівень інфляції;</li> <li>– зростання курсів іноземних валют;</li> <li>– зростання цін на послуги;</li> <li>– конкуренція з боку іноземних страховиків;</li> <li>– податкове законодавство;</li> <li>– відсутність обов’язкового страхування відповідальності лікарів за нанесену пацієнту шкоду;</li> <li>– тіньові розрахунки з лікарями;</li> <li>– низька кадрова забезпеченість;</li> <li>– скорочення чисельності населення;</li> <li>– низька страхова культура</li> </ul>
Сильні сторони	Поле «Сім»	Поле «СіЗ»
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ринок, що динамічно розвивається;</li> <li>– зростання рівня капіталізації страхового ринку;</li> <li>– зростання обсягу страхових операцій;</li> <li>– створення асистанських центрів</li> <li>– можливості для розвитку;</li> <li>– широкий вибір програм страхування;</li> <li>– гнучка цінова політика;</li> <li>– обов’язкове медичне страхування іноземних громадян, що тимчасово перебувають на території України</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– вдосконалення програм медичного страхування;</li> <li>– введення нових фінансових інструментів для розміщення резервів страховиків;</li> <li>– розвиток системи страхового посередництва;</li> <li>– залучення більшої кількості клієнтів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– виключення з полісів страхування певних ризиків;</li> <li>– лобіювання інтересів у Верховній Раді;</li> <li>– формування попиту на страхові продукти;</li> <li>– створення конкурентоспроможних страхових продуктів;</li> <li>– перепідготовка кадрів;</li> <li>– формування страхової культури населення;</li> <li>– боротьба з моральним навантаженням</li> </ul>
Слабкі сторони	Поле «СліМ»	Поле «СліЗ»

<ul style="list-style-type: none"> <li>– недосконалість законодавчої бази;</li> <li>– високий рівень концентрації ринку;</li> <li>– обмежені можливості для інвестування;</li> <li>– низький рівень конкурентоспроможності національних страховиків;</li> <li>– інформаційна закритість;</li> <li>– слабкий рівень інституціонального розвитку;</li> <li>– відсутність маркетингових стратегій діяльності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– удосконалення нормативно-правової бази страхування;</li> <li>– створення високо-конкурентного ринку;</li> <li>– збільшення рівня конкурентоспроможності вітчизняних страховиків;</li> <li>– інформаційна діяльність;</li> <li>– розробка ефективних маркетингових стратегій;</li> <li>– розвиток інфраструктури страхового ринку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– вдосконалення законодавчої бази;</li> <li>– впровадження обов’язкового медичного страхування;</li> <li>– створення маркетингових служб в страхових компаніях;</li> <li>– впровадження ризик-менеджменту у страхову діяльність</li> </ul>
--	--	---

Результати SWOT-аналізу дозволяють створити початкову інформаційну базу для її наступної обробки, дають змогу адекватно оцінити рівень розвитку галузі, виявити конкурентні переваги та визначити напрями подальшого прикладання зусиль щодо зростання страхового ринку.

На основі результатів SWOT-аналізу (див. табл. 6) можемо визначити стратегічні пріоритети розвитку ринку медичного страхування України: удосконалення податкового, бюджетного, антимонопольного, медичного та цивільного законодавства, що регулює сферу медичного страхування; підвищення якості здійснення страховим ринком функцій по акумуляції коштів населення, підприємств та трансформації їх в інвестиції; організація ризик-менеджменту в діяльності страховиків тощо [5].

**Висновок.** Підводячи підсумки, зазначимо, що в розвитку медичного страхування проглядаються наступні тенденції: питома вага добровільного медичного страхування на вітчизняному страховому ринку щорічно зростає; відбувається пересегментація ринку, тобто, інтерес до елітних програм зберігається, але розширюється попит на недорогі класичні продукти. Крім того, щоб забезпечити себе від дуже великих виплат, компанії вводять ліміти на оплату окремих послуг і медикаментів. Проте знаходиться все більше громадян, які готові задовольнятися малим і, не дивлячись на обмеження, все ж таки витрачають гроші на страховку. Тому, боротьба за недорогий сегмент ринку вже найближчим часом може стати неабиякою. Конкуренція за підприємства

зараз досить жорстка, але якщо подивитися на рекламу будь-якої страхової компанії, що працює в медичному сегменті, то можна відзначити, що майже всі (навіть ті, хто не робить цього на практиці) декларують і роботу з фізичними особами. Отже, можна прогнозувати, що, підготувавши підґрунтя, всі серйозні компанії незабаром вийдуть на роздрібні продажі.

#### Список використаних джерел

1. Безугла В.О. Страхування: [Навч. пос.] / В.О. Безугла, І.І. Постіл, Л.П. Шаповал. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 582 с.
2. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86/98 – ВР зі змінами і доповненнями // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
3. Капшук О.Г. Сучасний стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / О.Г. Капшук, А.П. Ситник, В.М. Пащенко // Медицина транспорту України. – 2007. – № 2. – С. 87-91.
4. Куценко В.І. Соціальна сфера: реальність і контури майбутнього (питання теорії і практики): Монографія / За наук. ред. д.е.н., проф., чл.-кор. НАН України Б.М. Данилишина / РВПС України НАН України. – Ніжин: ТОВ «Видавництво «Аспект – Поліграф», 2008. – 818 с.
5. Кучеренко В.З. Механизмы регулирования и оценка эффективности рынка добровольного медицинского страхования в странах Европейского Союза / В.З. Кучеренко, С.А. Мартынич, Д.Л. Тимчинский // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 3-4. – С. 5-17.
6. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні // Економіка та держава. – 2007. – № 2. – С. 40-42.
7. Рудень В.В. Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування. / В.В. Рудень, О.М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 71-78.

8. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: адміністративно-правовий аналіз основних законопроектів // Юридична наука і практика. – 2011. – № 1. – С. 71-77.

9. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.

10.<http://www.dfp.gov.ua/734.html>

11.<http://forinsurer.com/ratings/nonlife/>

### **Анотації**

**Ніколаєнко С.М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні.**

У статті детально проаналізовано сучасний стан ринку медичного страхування в Україні. Досліджено основні тенденції розвитку ринку медичного страхування. Проведено SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування страхових компаній, що діють на ринку медичного страхування. Побудовано матрицю SWOT-аналізу ринку медичного страхування України.

**Ключові слова:** медичне страхування, страховик, страховий платіж, рівень виплат, SWOT-аналіз.

**Николаенко С.М. Основные тенденции развития рынка медицинского страхования в Украине.**

В статье детально проанализировано современное состояние рынка медицинского страхования в Украине. Исследовано основные тенденции развития рынка медицинского страхования. Проведено SWOT-анализ внешней и внутренней среды функционирования страховых компаний, что действуют на рынке медицинского страхования. Построено матрицу SWOT-анализа рынка медицинского страхования Украины.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, страховик, страховой платеж, уровень выплат, SWOT-анализ.

**Sergiy Nikolaienko. Health insurance mainstream in Ukraine.**

The article reveals the current situation with the health insurance market in Ukraine. It shows the health insurance market research made for its primary trends. The inner and outer business environments are SWOT-analyzed for the insurance companies acting on the insurance market. SWOT-analysis matrix is developed for the health insurance market in Ukraine.

**Keywords:** health insurance, deposit premium, premium volume, SWOT-analysis.